

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/12/06

113年第2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁次：1

一、西醫基層一般服務部門醫療給付費用總額

(一)113年第2季西醫基層一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= (112年第2季西醫基層一般服務醫療給付費用總額 + 111年各季校正投保人口預估成長率差值 + 前1年度(112年)各季總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理办法之扣款) \times (1+4.475\%) \\
 &= (32,011,444,630 + (-347,848,744) + 37,918,734) \times (1+4.475\%) \\
 &= 33,120,157,399(G)
 \end{aligned}$$

(二)113年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額合計(加總D)

項目	111年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	110年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B1)	111年總額 違反特管辦法 之扣款 (B2)	111年 新醫療科技 項目未導入 預算 (B3)	112年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0)	111年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B4)	112年總額 違反特管辦法 之扣款 (B5)
季別				(註5)	$= (A1 + B1 + B2 - B3) \times (1 + 2.172\%)$		(註3)
第1季	31,424,380,930	-100,605,094	22,498,870	46,898,112	31,979,199,054	-276,167,956	37,918,734
第2季	31,494,664,983	-139,329,056	22,498,870	46,898,112	32,011,444,630	-347,848,744	37,918,734
第3季	30,744,811,791	-144,772,817	22,498,870	46,898,112	31,239,742,627	-292,958,836	37,918,734
第4季	32,713,722,898	-187,973,790	22,498,871	46,898,113	33,207,279,185	-207,364,462	37,918,734
合計	126,377,580,602	-572,680,757	89,995,481	187,592,449	128,437,665,496	-1,124,339,998	151,674,936

項目	113年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G)	106年編列之 品質保證保 留款預算 (F1)	113年各季 一般服務醫療給付 費用總額分配至 各分區預算合計 (D)	113年各季 預算占率 (C)	113年風險 調整移撥款 撥補臺北區 (F2)	113年風險調整 移撥款撥補 (不含撥補臺北區) (F3)	112年因應 基層護理人力 需求，提高1- 30人次診察費 (F4)	113年因應 基層護理人力 需求，提高1- 30人次診察費 (F5)	113年各季調整後 一般服務醫療給付 費用總額分配至 各分區預算合計 (D1) = (D) - (F2) - (F3) - (F4) - (F5)
季別	$= (G0 + B4 + B5) \times (1 + 4.475\%)$	(註4)	$= (G) - (F1)$		$= 3 \text{億} \times (C)$ (註7)	$= 3 \text{億} \times (C)$ (註7)			
第1季	33,161,357,337	26,100,987	33,135,256,350	0.24901772	74,705,316	74,705,316	164,825,000	164,825,000	32,656,195,718
第2季	33,120,157,399	26,209,474	33,093,947,925	0.24870728	74,612,184	74,612,184	164,825,000	164,825,000	32,615,073,557
第3季	32,371,267,963	25,603,157	32,345,664,806	0.24308379	72,925,137	72,925,137	164,825,000	164,825,000	31,870,164,532
第4季	34,516,276,504	27,298,243	34,488,978,261	0.25919121	77,757,363	77,757,363	164,825,000	164,825,000	34,003,813,535
合計	133,169,059,203	105,211,861	133,063,847,342	1.00000000	300,000,000	300,000,000	659,300,000	659,300,000	131,145,247,342

註：

1. 112年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)

= (111年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(A1)+110年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+111年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B2)-111年新醫療科技項目未導入預算(B3)) × (1+2.172%)。

2. 113年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G)

= (112年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)+111年各季校正投保人口預估成長率差值(B4)+112年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B5)-112年新醫療科技項目未導入預算(B6)) × (1+4.475%)。

※一般服務成長率為4.475%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.517%，協商因素成長率0.958%。

3. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後112年度西醫基層一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會112年第7次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

※113年西醫基層總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4)151,674,936元，按季均分。

4. 106年編列之品質保證保留款(F1)

= (105年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額+104年各季校正投保人口預估成長率差值) × 106年品質保證保留款成長率(0.10%)。

※依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2百萬元)與113年度之品質保證保留款(126.2百萬元)合併運用(計231.4百萬元)。

5. 111年新醫療科技項目未導入預算(B3)：依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式」，111年新增診療項目未於時程內導入之預算有187,592,449元，自112年基期費用按季扣減，本案業於全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額112年年5月25日第2次研商議事會議報告。

6. 113年新醫療科技項目未導入預算(B7)：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式」，113年度藥品及特材給付規定改變，若未於時程內導入，則扣減該額度。

7. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式」略以，自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.052億元)移撥6億元，作為風險調整移撥款。

8. 風險調整移撥款(F2)、(F3)：依據112年12月7日西醫基層總額研商議事會議112年第3次會議決議，全年提撥風險調整移撥款6億元。提撥3億元撥補臺北區，3億元撥補優先用於保障東區浮動點值不低於每點1元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)，其次為撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」，餘款用於撥補點值落後地區(不含臺北區、東區)，並依113年西醫基層總額四季預算占率提列。

※113年各季預算占率(C)：依113年各季一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(D)之各季預算占率。

(三)113年第2季門診透析服務預算

$$= (112年第2季西醫基層門診透析服務預算) \times (1+4.587\%)$$

$$= (5,121,586,322) \times (1+4.587\%)$$

$$= 5,356,513,487$$

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配方式」略以，門診透析服務總費用成長率3%，維持433.5百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中300百萬元不得流用於一般服務。

(四)「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案(由西醫基層醫療給付費用總額一般服務支應)

第1季已結算金額：

臺北分區：	4,007,640
北區分區：	1,361,920
中區分區：	1,243,200
南區分區：	1,537,480
高屏分區：	452,480
東區分區：	0
小 計：	8,602,720

第2季已結算金額：

臺北分區：	3,953,040
北區分區：	1,268,960
中區分區：	1,279,320
南區分區：	1,587,040
高屏分區：	460,320
東區分區：	0
小 計：	8,548,680

第3季已結算金額：

臺北分區：	0
北區分區：	0
中區分區：	0
南區分區：	0
高屏分區：	0
東區分區：	0
小 計：	0

第4季已結算金額：

臺北分區：	0
北區分區：	0
中區分區：	0
南區分區：	0
高屏分區：	0
東區分區：	0
小 計：	0

全年已結算金額：

臺北分區：	7,960,680
北區分區：	2,630,880
中區分區：	2,522,520
南區分區：	3,124,520
高屏分區：	912,800
東區分區：	0
小 計：	17,151,400

=====

(五)「因應基層護理人力需求，提高1-30人次診察費」(提升基層護理人員照護品質獎勵方案，113年預算及112年同預算(基期)。由西醫基層醫療給付費用總額一般服務支應。)

全年預算= 659,300,000 + 659,300,000 = 1,318,600,000

第1季預算=( 659,300,000 + 659,300,000)/4 = 329,650,000

已支用點數：

臺北分區： 54,990,684

北區分區： 26,611,728

中區分區： 33,802,740

南區分區： 26,344,236

高屏分區： 32,112,408

東區分區： 2,839,044

小 計： 176,700,840

暫結金額= 176,700,840

未支用金額=第1季預算-暫結金額= 152,949,160

第2季預算=當季預算+前一季未支用金額=( 659,300,000 + 659,300,000)/4 + 152,949,160 = 482,599,160

已支用點數：

臺北分區： 44,189,052

北區分區： 20,807,316

中區分區： 26,239,524

南區分區： 22,110,216

高屏分區： 26,254,380

東區分區： 2,220,360

小 計： 141,820,848

暫結金額= 141,820,848

未支用金額=第2季預算-暫結金額= 340,778,312

第3季預算=當季預算+前一季未支用金額=( 659,300,000 + 659,300,000)/4 + 340,778,312 = 670,428,312

已支用點數：

臺北分區： 0

北區分區： 0

中區分區： 0

南區分區： 0

高屏分區： 0

東區分區： 0

小 計： 0

暫結金額= 0

未支用金額=第3季預算-暫結金額= 670,428,312

=====  
第4季預算=當季預算+前一季未支用金額=( 659,300,000+ 659,300,000)/4+ 670,428,312= 1,000,078,312

已支用點數：

臺北分區： 0  
北區分區： 0  
中區分區： 0  
南區分區： 0  
高屏分區： 0  
東區分區： 0  
小 計： 0

暫結金額= 0

未支用金額=第4季預算-暫結金額= 1,000,078,312

全年合計:預算= 659,300,000+ 659,300,000= 1,318,600,000

已支用點數：

臺北分區： 99,179,736  
北區分區： 47,419,044  
中區分區： 60,042,264  
南區分區： 48,454,452  
高屏分區： 58,366,788  
東區分區： 5,059,404  
小 計： 318,521,688

已暫結金額= 318,521,688

未支用金額=全年預算-已暫結金額= 1,318,600,000- 318,521,688= 1,000,078,312

## 二、專款項目費用

(一)醫療資源不足地區改善方案 全年預算= 317,100,000 (本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

## 第1季:

預算=317,100,000/4= 79,275,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」J1:	點數	692,106	收入	2,924,896 (J1)
新開業醫療服務之「論次計酬」J2:			已支用點數	0 (J2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」J3:			已支用點數	20,781,100 (J3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」J4:			已支用點數	5,327,528 (J4)
(3)醫缺地區診所點值差額J5:	折付比例	0.97161979	點值補助差額	41,746,985 (J5)
(4)例假日診察費加成點數J6:			已支用點數	8,494,491 (J6)
(5)診察費及診療費點值差額J7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	1,933,392 (J8)	點值補助差額	0 (J7)

不含診察費及診療費點值差額(J7)暫結金額= 新開業醫療服務之定額給付收入(J1)+1元/點×(J2+J3+J4+J6已支用點數)+J5= 79,275,000

不含診察費及診療費點值差額(J7)未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額= 0

診察費及診療費點值補助差額(J7)= 0

暫結金額=不含診察費及診療費點值差額(J7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(J7)= 79,275,000

未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額

= 0

折付比例=支應J1、J2、J3、J4、J6後所剩餘預算/加總各院所醫缺地區診所如補至每點1元所需之點值補助差額

= 41,746,985 / 42,966,380 = 0.97161979。

## 第2季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+ 0= 79,275,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」K1:	點數	959,214	收入	2,823,871 (K1)
新開業醫療服務之「論次計酬」K2:			已支用點數	0 (K2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」K3:			已支用點數	23,324,600 (K3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」K4:			已支用點數	5,408,668 (K4)
(3)醫缺地區診所點值差額K5:			點值補助差額	38,876,971 (K5)
(4)例假日診察費加成點數K6:			已支用點數	8,238,756 (K6)
(5)診察費及診療費點值差額K7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	1,777,313 (K8)	點值補助差額	602,134 (K7)

不含診察費及診療費點值差額(K7)暫結金額= 新開業醫療服務之定額給付收入(K1)+1元/點×(K2+K3+K4+K6已支用點數)+K5= 78,672,866

不含診察費及診療費點值差額(K7)未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額= 602,134

診察費及診療費點值補助折付比例(K9)=診察費及診療費點值補助差額(K7)/加總診察費及診療費點值差額補至每點1元所需之點數(K8)

= 602,134 / 1,777,313 = 0.33878895

診察費及診療費點值補助差額(K7)= 602,134 (預算不足支應,折付後點值補助差額)

暫結金額=不含診察費及診療費點值差額(K7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(K7)= 79,275,000

未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額

= 0

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+	0=	79,275,000		
(1)新開業醫療服務之「定額給付」L1:	點數	0	收入	0 (L1)
新開業醫療服務之「論次計酬」L2:			已支用點數	0 (L2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」L3:			已支用點數	0 (L3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」L4:			已支用點數	0 (L4)
(3)醫缺地區診所點值差額L5:			點值補助差額	0 (L5)
(4)例假日診察費加成點數L6:			已支用點數	0 (L6)
(5)診察費及診療費點值差額L7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (L8)	點值補助差額	0 (L7)

不含診察費及診療費點值差額(L7)暫結金額= 新開業醫療服務之定額給付收入(L1)+1元/點×(L2+L3+L4+L6已支用點數)+L5= 0

不含診察費及診療費點值差額(L7)未支用金額= 第3季預算 - 暫結金額= 79,275,000

診察費及診療費點值補助差額(L7)= 0

暫結金額=不含診察費及診療費點值差額(L7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(L7)= 0

未支用金額= 第3季預算 - 暫結金額

= 79,275,000

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+	79,275,000=	158,550,000		
(1)新開業醫療服務之「定額給付」M1:	點數	0	收入	0 (M1)
新開業醫療服務之「論次計酬」M2:			已支用點數	0 (M2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」M3:			已支用點數	0 (M3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」M4:			已支用點數	0 (M4)
(3)醫缺地區診所點值差額M5:			點值補助差額	0 (M5)
(4)例假日診察費加成點數M6:			已支用點數	0 (M6)
(5)診察費及診療費點值差額M7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (M8)	點值補助差額	0 (M7)

不含診察費及診療費點值差額(M7)暫結金額= 新開業醫療服務之定額給付收入(M1)+1元/點×(M2+M3+M4+M6已支用點數)+M5= 0

不含診察費及診療費點值差額(M7)未支用金額= 第4季預算 - 暫結金額= 158,550,000

診察費及診療費點值補助差額(M7)= 0

暫結金額=不含診察費及診療費點值差額(M7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(M7)= 0

未支用金額= 第4季預算 - 暫結金額

= 158,550,000

## 合計：

全年預算=317,100,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」N1：	點數	1,651,320	收入	5,748,767 (N1)
新開業醫療服務之「論次計酬」N2：			已支用點數	0 (N2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」N3：			已支用點數	44,105,700 (N3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：			已支用點數	10,736,196 (N4)
(3)醫缺地區診所點值差額N5：			點值補助差額	80,623,956 (N5)
(4)例假日診察費加成點數N6：			已支用點數	16,733,247 (N6)
(5)診察費及診療費點值差額N7：	如補至每點1元所需之點值補助差額	3,710,705 (N8)	點值補助差額	602,134 (N7)

不含診察費及診療費點值差額(N7)暫結金額= 新開業醫療服務之定額給付收入(N1)+1元/點×(N2+N3+N4+N6已支用點數)+N5=157,947,866

不含診察費及診療費點值差額(N7)未支用金額= 全年預算 - 暫結金額  
=159,152,134

診察費及診療費點值補助差額(N7)= 602,134

暫結金額=不含診察費及診療費點值差額(N7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(N7)=158,550,000

結算金額=第1-4季結算金額(如當季暫結金額大於預算金額,則結算金額為當季預算)

= 79,275,000+ 79,275,000+ 0+ 0= 158,550,000

未支用金額= 全年預算 - 結算金額  
= 158,550,000

註:依據衛生福利部113年2月16日健保醫字第1130102580號公告「113年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」,本方案依部門別預算按季均分,西醫基層診所:先扣除開業計畫之支付金額(不含巡迴計畫之「論次計酬」、巡迴計畫診察費加成、醫缺地區診所例假日診察費加成費用,每點支付金額以1元支付。當季預算若有結餘,優先支應巡迴計畫之論次計酬,且每點支付金額最高補至1元。其次依序支應醫缺地區診所醫療費用、巡迴計畫之診察費及診療費,依該區每點支付金額最高先補至1元之點值差額後,若有結餘,再流用至下季。若全年經費尚有結餘,則進行全年結算,惟每點支付金額不高於1元。全年結算時,全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算,惟每點支付金額不高於1元。

## (二)家庭醫師整合性照護計畫

全年預算 = 4,248,000,000

## 1. 個案管理費(1元/點)

第1季已支用點數： 642,588,265

第2季已支用點數： 659,780,851

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數：1,302,369,116

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 1,302,369,116

## 2. 績效獎勵費用

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

## 3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季已支用點數： 5,000

第2季已支用點數： 32,300

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 37,300

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 37,300

## 4. 多重慢性病人門診整合費用

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

## 5. 糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

6. 合計

第1季已支用點數： 642,593,265

第2季已支用點數： 659,813,151

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數：1,302,406,416

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 1,302,406,416

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 2,945,593,584

註：依據全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫，本計畫之預算先扣除「個案管理費」、「偏遠地區參與診所績效獎勵費」、「特優級且平均每人VC-AE>275點之家醫2.0醫療群績效獎勵費用」、「糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費」後，「績效獎勵費用」、「失智症門診照護家庭諮詢費用」及「多重慢性病人門診整合費用」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。

[補充]:

## 112年家庭醫師整合性照護計畫

## 1. 個案管理費(1元/點)

結算年112年第1季已支用點數： -16,405,475

第2季已支用點數： 631,284,099

第3季已支用點數： 199,000

第4季已支用點數： -1,124,271

全年已支用點數： 613,953,353

已支用金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 613,953,353

結算年113年已支用點數： 642,588,265(傳票日期:113/06/13前核付)

合計已支用點數 = 1,256,541,618

已結算金額 = 1,256,541,618

## 2. 績效獎勵費用

結算年112年第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 0

已支用金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

結算年113年已支用點數： 2,223,408,197(傳票日期:113/09/25前核付)

合計已支用點數 = 2,223,408,197

已結算金額 = 2,223,408,197

## 3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季：已支用點數： 15,100 結算金額： 14,905

第2季：已支用點數： 33,600 結算金額： 33,167

第3季：已支用點數： 13,500 結算金額： 13,326

第4季：已支用點數： 16,800 結算金額： 16,585

全年：已支用點數： 79,000 結算金額： 77,983

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 79,000

已結算金額 = 77,983

## 4. 多重慢性病人門診整合費用

結算年112年第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 0

已支用金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

結算年113年已支用點數： 467,972,184(傳票日期:113/10/01前核付)

合計已支用點數 = 467,972,184

已結算金額 = 467,972,184

## 5. 合計:

結算年112年第1季已支用點數： -16,390,375

第2季已支用點數： 631,317,699

第3季已支用點數： 212,500

第4季已支用點數： -1,107,471

全年已支用點數： 614,032,353

結算年113年已支用點數： 3,333,968,646(傳票日期:113/10/01前核付)

合計已支用點數： 3,947,999,982

112年家庭醫師整合性照護計畫全年已結算金額 = 3,947,999,982

全年未支用金額 = 全年預算 - 已結算金額 = 3,948,000,000 - 3,947,999,982 = 18

- 註： 1. 依據113年4月17日健保醫字第11301074182號公告修正全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫，本計畫之預算先扣除「個案管理費」、「偏遠地區參與診所績效獎勵費」、「特優級且平均每人VC-AE>275點之家醫2.0醫療群績效獎勵費用」、「糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費」後，「績效獎勵費用」、「失智症門診照護家庭諮詢費用」及「多重慢性病人門診整合費用」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。
2. 全年結算浮動點值 = (全年預算 - 個案管理費 - 偏遠地區參與診所績效獎勵費 - 特優級且平均每人VC-AE>275點之社區醫療群品質提升費用) / (績效獎勵費用 + 失智症門診照護家庭諮詢費用 + 多重慢性病人門診整合費用) = 0.98713110
3. 失智症門診照護家庭諮詢費用以結算金額計算。

=====  
(三)代謝症候群防治計畫 全年預算= 616,000,000

第1季

$$\text{預算} = 616,000,000 / 4 = 154,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 51,420,500$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 51,420,500 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 102,579,500 \end{aligned}$$

第2季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 616,000,000 / 4 + 102,579,500 = 256,579,500$$

$$\text{已支用點數} = 69,720,100$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 69,720,100 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 186,859,400 \end{aligned}$$

第3季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 616,000,000 / 4 + 186,859,400 = 340,859,400$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 340,859,400 \end{aligned}$$

第4季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 616,000,000 / 4 + 340,859,400 = 494,859,400

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數  
= 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額  
= 494,859,400

全年合計

全年預算 = 616,000,000

已支用點數 = 121,140,600

暫結金額 = 51,420,500 + 69,720,100 + 0 + 0 = 121,140,600

未支用金額 = 616,000,000 - 121,140,600 = 494,859,400

註：依據113年1月23日健保醫字第1130101371號公告修正全民健康保險代謝症候群防治計畫，本計畫經費按季均分，醫令代碼「P7501C」、「P7502C」及「P7503C」以每點1元支付，各項獎勵費則採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季；當季預算不足時，則採浮動點值結算。

(四)C型肝炎藥費 全年預算=292,000,000(本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

1. 既有C型肝炎(HCV)藥品

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	117,450,090	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	117,450,090
第2季已支用點數：	128,296,210	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	128,296,210
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	245,746,300	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	245,746,300

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/12/06

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 15

3. 已支用點數合計(X1)

門診第1季已支用點數：	117,450,090	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	117,450,090
第2季已支用點數：	128,296,210	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	128,296,210
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	245,746,300	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	245,746,300

4. 藥品給付協議(Y1)

門診第1季金額：	34,013,904	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	34,013,904
門診第2季金額：	30,294,673	住診第2季金額：	0	門住診合計第2季金額：	30,294,673
門診第3季金額：	0	住診第3季金額：	0	門住診合計第3季金額：	0
門診第4季金額：	0	住診第4季金額：	0	門住診合計第4季金額：	0
全年合計金額：	64,308,577	全年合計金額：	0	全年合計金額：	64,308,577

5. 實際已支用金額(T1=X1-Y1)

門診第1季已支用金額：	83,436,186	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	83,436,186
第2季已支用金額：	98,001,537	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	98,001,537
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	181,437,723	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	181,437,723

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 245,746,300 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 292,000,000 - (245,746,300 - 64,308,577) \\ &= 292,000,000 - 181,437,723 \\ &= 110,562,277 \end{aligned}$$

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費」支應。

2. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

## =====

(五)醫療給付改善方案 全年預算 = 900,300,000

## 1. 氣喘

第1季已支用點數： 11,830,800

第2季已支用點數： 11,592,200

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 23,423,000

## 2. 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案

## 2.1 糖尿病(含糖尿病資料上傳獎勵)

第1季已支用點數： 98,961,370

第2季已支用點數： 98,606,810

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 197,568,180

## 2.2 糖尿病合併初期慢性腎臟病

第1季已支用點數： 46,548,000

第2季已支用點數： 49,303,350

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 95,851,350

## 2.3 胰島素注射獎勵措施

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

## 2.9 合計

第1季已支用點數： 145,509,370

第2季已支用點數： 147,910,160

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 293,419,530

## 3. 思覺失調症

第1季已支用點數： 128,675

第2季已支用點數： 358,017

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 486,692

## 4. B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤

第1季已支用點數： 3,755,100

第2季已支用點數： 4,026,000

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 7,781,100

## 5. 孕產婦全程照護

第1季已支用點數： 2,121,900

第2季已支用點數： 2,646,600

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 4,768,500

## 6. 早期療育門診

第1季已支用點數： 107,000

第2季已支用點數： 100,000

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 207,000

## 7. 慢性阻塞性肺疾病

第1季已支用點數： 244,400

第2季已支用點數： 257,400

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 501,800

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/12/06

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 18

8. 生物相似性藥品 全年預算 = 3.0百萬元

第1季：預算 = 3,000,000/4 = 750,000

門診已支用點數： 0

住診已支用點數： 0

門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 0

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額  
= 750,000

第2季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 3,000,000/4 + 750,000 = 1,500,000

門診已支用點數： 0

住診已支用點數： 0

門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 0

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額  
= 1,500,000

第3季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 3,000,000/4 + 1,500,000 = 2,250,000

門診已支用點數： 0

住診已支用點數： 0

門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 0

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額  
= 2,250,000

第4季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 3,000,000/4 + 2,250,000 = 3,000,000

門診已支用點數： 0

住診已支用點數： 0

門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額  
= 3,000,000

全年合計：

全年預算 = 3,000,000

已支用點數： 0

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 0 + 0 + 0 + 0 = 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 3,000,000 - 0 = 3,000,000

註：1. 依據本署113年6月14日健保審字第1130111063號公告新增「全民健康保險推動使用生物相似藥之鼓勵試辦計畫」，並自113年7月1日起實施。

2. 預算來源：處方開立獎勵費：113年預算分別由全民健康保險醫院醫療給付費用總額及西醫基層醫療給付費用總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，其中113年醫院總額部門4,700萬元、西醫基層總額部門300萬元。

3. 點值結算方式：預算按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元；當季預算若有結餘，則流用至下季；若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於1元。

9. 合計

第1季已支用點數： 163,697,245

第2季已支用點數： 166,890,377

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 330,587,622

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 569,712,378

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/12/06

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 19

(六)強化基層照護能力及「開放表別」項目 全年預算= 1,320,000,000

第1季：	113年醫令點數(U1)：	基期醫令點數(V1)：	已支用點數(BW_q1=U1-V1)：
	臺北分區：98,210,406	臺北分區：2,422,191	臺北分區：95,788,215
	北區分區：58,170,896	北區分區：226,208	北區分區：57,944,688
	中區分區：73,220,978	中區分區：2,675,899	中區分區：70,545,079
	南區分區：50,688,591	南區分區：1,308,607	南區分區：49,379,984
	高屏分區：41,586,957	高屏分區：88,032	高屏分區：41,498,925
	東區分區：4,573,350	東區分區：32,576	東區分區：4,540,774
	小計：326,451,178	小計：6,753,513	小計：319,697,665

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 319,697,665

第2季：	113年醫令點數(U2)：	基期醫令點數(V2)：	已支用點數(BW_q2=U2-V2)：
	臺北分區：87,961,466	臺北分區：1,983,995	臺北分區：85,977,471
	北區分區：52,843,654	北區分區：304,449	北區分區：52,539,205
	中區分區：69,454,154	中區分區：2,777,618	中區分區：66,676,536
	南區分區：53,695,548	南區分區：1,032,820	南區分區：52,662,728
	高屏分區：43,950,525	高屏分區：103,174	高屏分區：43,847,351
	東區分區：4,090,033	東區分區：47,082	東區分區：4,042,951
	小計：311,995,380	小計：6,249,138	小計：305,746,242

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 305,746,242

第3季：	113年醫令點數(U3)：	基期醫令點數(V3)：	已支用點數(BW_q3=U3-V3)：
	臺北分區：0	臺北分區：0	臺北分區：0
	北區分區：0	北區分區：0	北區分區：0
	中區分區：0	中區分區：0	中區分區：0
	南區分區：0	南區分區：0	南區分區：0
	高屏分區：0	高屏分區：0	高屏分區：0
	東區分區：0	東區分區：0	東區分區：0
	小計：0	小計：0	小計：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/12/06

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04—113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 20

第4季：	113年醫令點數(U4)：	基期醫令點數(V4)：	已支用點數(BW_q4=U4-V4)：
臺北分區：	0	臺北分區：	0
北區分區：	0	北區分區：	0
中區分區：	0	中區分區：	0
南區分區：	0	南區分區：	0
高屏分區：	0	高屏分區：	0
東區分區：	0	東區分區：	0
小 計：	0	小 計：	0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

全 年：	113年醫令點數(U5)：	基期醫令點數(V5)：	已支用點數(BW_q5=BW_q1~q4)：
臺北分區：	186,171,872	臺北分區：	4,406,186
北區分區：	111,014,550	北區分區：	530,657
中區分區：	142,675,132	中區分區：	5,453,517
南區分區：	104,384,139	南區分區：	2,341,427
高屏分區：	85,537,482	高屏分區：	191,206
東區分區：	8,663,383	東區分區：	79,658
小 計：	638,446,558	小 計：	13,002,651

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 625,443,907

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 694,556,093

註：

1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，強化基層照護能力及「開放表別」項目，依實際執行扣除原基期之點數，併入一般服務費用結算。
2. 本表如當年當季醫令點數－基期醫令點數如為負數，則以0計算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/12/06

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁次：21

(七)鼓勵院所建立轉診之合作機制 全年預算= 258,000,000

第1季:

預算=258,000,000/4= 64,500,000

已支用點數：38,125,150 (傳票日期：113年7月11日前核付)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 38,125,150

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額  
= 26,374,850

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=258,000,000/4+ 26,374,850= 90,874,850

已支用點數：42,141,100 (傳票日期：113年10月22日前核付)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 42,141,100

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額  
= 48,733,750

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=258,000,000/4+ 48,733,750=113,233,750

已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 0

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額  
= 113,233,750

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=258,000,000/4+ 113,233,750=177,733,750

已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額  
= 177,733,750

全年合計:

全年預算=258,000,000

已支用點數：80,266,250

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 38,125,150 + 42,141,100 + 0 + 0 = 80,266,250

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 258,000,000 - 80,266,250 = 177,733,750

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項下支應。

=====

(八)基層診所產婦生產補助試辦計畫 全年預算 = 50,000,000

## 第1季

$$\text{預算} = 50,000,000 / 4 = 12,500,000$$

$$\text{已支用點數} : \quad 0$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= \quad 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 12,500,000 \end{aligned}$$

## 第2季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000 / 4 + 12,500,000 = 25,000,000$$

$$\text{已支用點數} : \quad 9,575,970$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 9,575,970 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 15,424,030 \end{aligned}$$

## 第3季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000 / 4 + 15,424,030 = 27,924,030$$

$$\text{已支用點數} : \quad 0$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= \quad 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 27,924,030 \end{aligned}$$

## 第4季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000 / 4 + 27,924,030 = 40,424,030$$

$$\text{已支用點數} : \quad 0$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= \quad 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 40,424,030 \end{aligned}$$

## 全年合計

$$\text{全年預算} = 50,000,000$$

$$\text{已支用點數} : \quad 9,575,970$$

$$\text{暫結金額} = \quad 0 + 9,575,970 + \quad 0 + \quad 0 = 9,575,970$$

$$\text{未支用金額} = 50,000,000 - 9,575,970 = 40,424,030$$

註：依據113年1月10日健保醫字第1120126768號公告「113年度全民健康保險基層診所產婦生產補助試辦計畫」，本方案預算按季均分，採浮動點值支付，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，可流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

(九)罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 全年預算 = 30,000,000(本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

1. 罕見疾病藥費

1.1 已支用點數(X2)

門診第1季已支用點數：	375,668	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	375,668
第2季已支用點數：	405,116	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	405,116
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	780,784	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	780,784

1.2 藥品給付協議(Y2)

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	0	全年金額：	0	全年金額：	0

1.3 實際已支用金額(T2=X2-Y2)

門診第1季已支用金額：	375,668	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	375,668
第2季已支用金額：	405,116	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	405,116
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	780,784	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	780,784

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\
 &= 780,784 - 0 \\
 &= 780,784
 \end{aligned}$$

2. 血友病藥費

2.1 已支用點數(X3)

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0

2.2 藥品給付協議(Y3)

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	0	全年金額：	0	全年金額：	0

2.3 實際已支用金額(T3=X3-Y3)

門診第1季已支用金額：	0	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	0
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	0

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\ &= 0 - 0 \\ &= 0 \end{aligned}$$

3. 罕見疾病特材

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/12/06

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁次： 25

4. 合計

4.1 已支用點數(X4)

門診第1季已支用點數：	375,668	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	375,668
第2季已支用點數：	405,116	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	405,116
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	780,784	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	780,784

4.2 藥品給付協議(Y4)

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0

4.3 實際已支用金額(T4=X4-Y4)

門診第1季已支用金額：	375,668	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	375,668
第2季已支用金額：	405,116	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	405,116
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	780,784	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	780,784

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} & \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\
 &= 780,784 & &= 30,000,000 - (780,784 - 0) \\
 & & &= 30,000,000 - 780,784 \\
 & & &= 29,219,216
 \end{aligned}$$

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

2. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/12/06

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 26

(十)後天免疫缺乏病毒治療藥費 全年預算 = 30,000,000(本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

1. 已支用點數(X5)

門診第1季已支用點數：	4,593,820	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	4,593,820
第2季已支用點數：	4,837,080	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	4,837,080
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	9,430,900	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	9,430,900

2. 藥品給付協議(Y5)

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	0	全年金額：	0	全年金額：	0

3. 實際已支用金額(T5=X5-Y5)

門診第1季已支用金額：	4,593,820	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	4,593,820
第2季已支用金額：	4,837,080	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	4,837,080
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	9,430,900	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	9,430,900

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 9,430,900 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 30,000,000 - (9,430,900 - 0) \\ &= 30,000,000 - 9,430,900 \\ &= 20,569,100 \end{aligned}$$

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

2. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

(十一)因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用 全年預算 = 11,000,000

## 1. 罕見疾病

第1季已支用點數： 407,844  
 第2季已支用點數： 399,940  
 第3季已支用點數： 0  
 第4季已支用點數： 0  
 全年已支用點數： 807,784

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
 = 807,784

## 2. 血友病

第1季已支用點數： 0  
 第2季已支用點數： 0  
 第3季已支用點數： 0  
 第4季已支用點數： 0  
 全年已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
 = 0

## 3. 後天免疫缺乏病毒治療

第1季已支用點數： 63,852  
 第2季已支用點數： 68,495  
 第3季已支用點數： 0  
 第4季已支用點數： 0  
 全年已支用點數： 132,347

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
 = 132,347

## 4. 合計

第1季已支用點數(BQ\_q1)： 471,696  
 第2季已支用點數(BQ\_q2)： 468,435  
 第3季已支用點數(BQ\_q3)： 0  
 第4季已支用點數(BQ\_q4)： 0  
 全年已支用點數： 940,131

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額  
 = 940,131 = 10,059,869

註：衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項預算依實際執行併入一般服務費用結算。

(十二)新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 全年預算 = 178,000,000

(依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算，詳項次七。)

第1季已支用金額： 41,157,982

第2季已支用金額： 42,376,488

第3季已支用金額： 0

第4季已支用金額： 0

結算金額 = 83,534,470

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本項預算依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算。

(十三)網路頻寬補助費用 全年預算 = 253,000,000

第1季已支用點數： 55,797,477

第2季已支用點數： 56,190,799

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 111,988,276

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 111,988,276

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 253,000,000 - 111,988,276 = 141,011,724

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，預算如有不足，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」支應。

(十四)提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫 全年預算 = 9,700,000

第1季

預算 =  $9,700,000 / 4 = 2,425,000$

已支用點數： 1,169,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 1,169,000

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額

= 1,256,000

第2季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 =  $9,700,000 / 4 + 1,256,000 = 3,681,000$

已支用點數： 1,302,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 1,302,000

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額

= 2,379,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/12/06

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 29

第3季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 9,700,000 / 4 + 2,379,000 = 4,804,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 4,804,000 \end{aligned}$$

第4季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 9,700,000 / 4 + 4,804,000 = 7,229,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 7,229,000 \end{aligned}$$

全年合計

$$\text{全年預算} = 9,700,000$$

$$\text{已支用點數} = 2,471,000$$

$$\text{暫結金額} = 1,169,000 + 1,302,000 + 0 + 0 = 2,471,000$$

$$\text{未支用金額} = 9,700,000 - 2,471,000 = 7,229,000$$

註：依據113年1月24日健保醫字第1130101167號公告「113年度全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫」，本計畫經費按季均分，每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季；當季預算不足時，則採浮動點值結算。

(十五)精神科長效針劑藥費 全年預算= 100,000,000 (本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

1. 已支用點數(X6)

門診第1季已支用點數：	9,789,379	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	9,789,379
第2季已支用點數：	9,750,365	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	9,750,365
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	19,539,744	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	19,539,744

2. 藥品給付協議(Y6)

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	0	全年金額：	0	全年金額：	0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/12/06

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁次：30

3. 實際已支用金額(T6=X6-Y6)

門診第1季已支用金額：	9,789,379	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	9,789,379
第2季已支用金額：	9,750,365	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	9,750,365
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	19,539,744	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	19,539,744

暫結金額 = 1元/點×已支用點數	未支用金額 = 全年預算	- (暫結金額	- 全年藥品給付協議)
= 19,539,744	= 100,000,000	- (19,539,744	- 0)
	= 100,000,000	- 19,539,744	
	= 80,460,256		

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

2. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

(十六)因應長新冠照護衍生費 全年預算 = 10,000,000

第1季：

預算 = 10,000,000/4 =	2,500,000
已支用點數(BR_q1)：	271,003,330
原暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	271,003,330
若當季可支用預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫療點數之比例分配，結算金額為當季預算 =	2,500,000
未支用金額 = 第1季預算 - 實際暫結金額 =	2,500,000 - 2,500,000 = 0

第2季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 =	10,000,000/4 + 0 =	2,500,000
已支用點數(BR_q2)：	278,115,676	
原暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	278,115,676	
若當季可支用預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫療點數之比例分配，結算金額為當季預算 =	2,500,000	
未支用金額 = 第2季預算 - 實際暫結金額 =	2,500,000 - 2,500,000 =	0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/12/06

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁次：31

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 10,000,000/4+ 0= 2,500,000  
 已支用點數(BR\_q3): 0  
 原暫結金額 = 1元/點x已支用點數= 0  
 結算金額 = 0  
 未支用金額 = 第3季預算 - 實際暫結金額= 2,500,000 - 0= 2,500,000

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 10,000,000/4+ 2,500,000= 5,000,000  
 已支用點數(BR\_q4): 0  
 原暫結金額 = 1元/點x已支用點數= 0  
 結算金額 = 0  
 未支用金額 = 第4季預算 - 實際暫結金額= 5,000,000 - 0= 5,000,000

全年合計:

全年預算= 10,000,000  
 已支用點數: 549,119,006  
 實際暫結金額 = 第1~4季實際暫結金額 = 2,500,000+ 2,500,000+ 0+ 0 = 5,000,000  
 結算金額= 2,500,000+ 2,500,000+ 0+ 0 = 5,000,000  
 未支用金額 = 全年預算 - 實際暫結金額= 10,000,000- 5,000,000= 5,000,000

註:

- 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。
- 依據113年1月11日西醫基層總額研商議事會議113年第1次臨時會議決議，本項專款動支條件為：
  - 支應申報任一診斷碼有U07.1(確認COVID-19病毒感染)、U099(COVID-19後的病況，未明示)之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)或申報醫令代碼14084C(COVID抗原快篩，醫令類別2)之整筆申報醫療點數(申請點數+部分負擔)大於108年同期醫療點數部分。
  - 本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。
- 本項預算按季均分並依各季各就醫分區實際執行情形，併入該分區一般服務預算結算，當季預算如有剩餘，則流用至下季，惟如當季預算不足支應時，按當季各就醫分區申報醫療點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。

(十七) 促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(併入一般服務費用結算) 全年預算= 1,000,000,000

第1季已支用點數(BT\_q1): 65,362,113

第2季已支用點數(BT\_q2): 68,048,371

第3季已支用點數(BT\_q3): 0

第4季已支用點數(BT\_q4): 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 133,410,484

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,000,000,000 - 133,410,484 = 866,589,516

註:依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」,本項經費於支付標準修訂後,依實際執行之項目與季別,併入一般服務費用結算。

(十八) 癌症治療品質改善計畫 全年預算= 93,000,000

第1季:

預算 = 93,000,000/4 = 23,250,000

已支用點數: 18,400

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 18,400

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額

= 23,231,600

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 93,000,000/4 + 23,231,600 = 46,481,600

已支用點數: 1,493,500

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 1,493,500

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額

= 44,988,100

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 93,000,000/4 + 44,988,100 = 68,238,100

已支用點數: 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 0

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額

= 68,238,100

第4季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 93,000,000/4 + 68,238,100 = 91,488,100

已支用點數: 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額

= 91,488,100

全年合計:

全年預算 = 93,000,000

已支用點數: 1,511,900

暫結金額 = 第1-4季暫結金額 = 18,400 + 1,493,500 + 0 + 0 = 1,511,900

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 93,000,000 - 1,511,900 = 91,488,100

- 註：1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本項經費得與牙醫門診、醫院總額同項專款相互流用。
2. 依據113年1月24日健保醫字第1130101605號公告修正「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」。
3. 本計畫依部門別預算按季均分及結算，並採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元。當季預算如有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於1元。

## (十九) 慢性傳染病照護品質計畫

全年預算 = 20,000,000

## 第1季:

$$\text{預算} = 20,000,000/4 = 5,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 1,888,501$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 1,888,501 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 3,111,499 \end{aligned}$$

## 第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 20,000,000/4 + 3,111,499 = 8,111,499$$

$$\text{已支用點數} = 4,596,967$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 4,596,967 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 3,514,532 \end{aligned}$$

## 第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 20,000,000/4 + 3,514,532 = 8,514,532$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 8,514,532 \end{aligned}$$

## 第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 20,000,000/4 + 8,514,532 = 13,514,532$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 13,514,532 \end{aligned}$$

## 全年合計:

$$\text{全年預算} = 20,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 6,485,468$$

$$\text{暫結金額} = \text{第1~4季暫結金額} = 1,888,501 + 4,596,967 + 0 + 0 = 6,485,468$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 20,000,000 - 6,485,468 = 13,514,532$$

- 註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/12/06

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁次：34

(二十)品質保證保留款(另行結算)

$$\begin{aligned}
 &= 106\text{年編列之品質保證保留款預算} + 113\text{年編列之品質保證保留款預算} \\
 &= (105\text{年第1-4季西醫基層一般服務醫療給付費用總額} + \text{各季校正投保人口預估成長率差值}) \times 106\text{年品質保證保留款成長率}(0.10\%) + 126,200,000 \\
 &= (25,962,850,528 + 138,136,588) \times 0.10\% + (26,106,839,548 + 102,634,233) \times 0.10\% + (25,493,164,265 + 109,992,542) \times 0.10\% \\
 &\quad + (27,219,306,870 + 78,935,917) \times 0.10\% + 126,200,000 \\
 &= 26,100,987 + 26,209,474 + 25,603,157 + 27,298,243 + 126,200,000 \\
 &= 231,411,861
 \end{aligned}$$

	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 106年編列之品質保證保留款預算	26,100,987	26,209,474	25,603,157	27,298,243	105,211,861
2. 113年編列之品質保證保留款預算	31,550,000	31,550,000	31,550,000	31,550,000	126,200,000
3. 合計	57,650,987	57,759,474	57,153,157	58,848,243	231,411,861

※衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2百萬元)與113年度之品質保證保留款(126.2百萬元)合併運用(計231.4百萬元)。

(二十一)基層總額轉診型態調整費用(由其他預算支應) 全年預算= 800,000,000

第1季：

$$\text{原預算} = 800,000,000 / 4 = 200,000,000$$

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(JA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(JB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(JC)	141,372,625	141,372,625	141,372,625
(4)合計	141,372,625	141,372,625	141,372,625

$$\text{暫結金額}(JA+JB+JC) = 0 + 0 + 141,372,625 = 141,372,625$$

$$\text{結算金額} = 141,372,625$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季原預算} - \text{結算金額} = 200,000,000 - 141,372,625 = 58,627,375$$

## 第2季：

$$\text{原預算} = \text{當季原預算} + \text{前一季未支用金額} = 800,000,000/4 + 58,627,375 = 258,627,375$$

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(KA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(KB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(KC)	140,223,550	140,223,550	140,223,550
(4)合計	140,223,550	140,223,550	140,223,550

$$\text{暫結金額(KA+KB+KC)} = 0 + 0 + 140,223,550 = 140,223,550$$

$$\text{結算金額} = 140,223,550$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季原預算} - \text{結算金額} = 258,627,375 - 140,223,550 = 118,403,825$$

## 第3季：

$$\text{原預算} = \text{當季原預算} + \text{前一季未支用金額} = 800,000,000/4 + 118,403,825 = 318,403,825$$

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(LA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(LB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(LC)	0	0	0
(4)合計	0	0	0

$$\text{暫結金額(LA+LB+LC)} = 0 + 0 + 0 = 0$$

$$\text{結算金額} = 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季原預算} - \text{結算金額} = 318,403,825 - 0 = 318,403,825$$

## 第4季：

$$\text{原預算} = \text{當季原預算} + \text{前一季未支用金額} = 800,000,000/4 + 318,403,825 = 518,403,825$$

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(MA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(MB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(MC)	0	0	0
(4)合計	0	0	0

$$\text{暫結金額(MA+MB+MC)} = 0 + 0 + 0 = 0$$

$$\text{結算金額} = 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第4季原預算} - \text{結算金額} = 518,403,825 - 0 = 518,403,825$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/12/06

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁次： 36

全年合計：

原預算 = 800,000,000

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(NA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(NB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(NC)	281,596,175	281,596,175	281,596,175
(4)合計	281,596,175	281,596,175	281,596,175

暫結金額(NA+NB+NC) = 0 + 0 + 281,596,175 = 281,596,175

「基層總額轉診型態調整費用」若各季可支用預算不足支應時，則按各季各分區補助總點數之比例分配，結算金額為各季預算

結算金額 = 141,372,625 + 140,223,550 + 0 + 0 = 281,596,175

未支用金額 = 全年預算 - 結算金額 = 800,000,000 - 281,596,175 = 518,403,825

註：

- 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，基層總額轉診型態調整費用優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之經費，其餘費用限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。
- 依據113年1月11日西醫基層總額研商議事會議113年第1次臨時會議決議，「轉診成功案件」之邏輯同112年方式辦理。
  - 各季預算優先支應於當季醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足款後，方為當季可支用預算；當季可支用預算若有結餘，則流用至下季。
  - 當季該分區補助總點數，按每點1元併入當季該分區一般服務預算結算。若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區補助總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

三、各分區一般服務費用總額(不含門診透析)(D1)

(一)113年第2季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

季別 權重	人口結構 校正比例 P_OCC	標準死亡 校正比例 SMR_OCC					人口風險因素 校正比例 DEMO_OCC	轉診型態 校正比例 TRANS					R
	113Q2	113Q2	108Q2	109Q2	110Q2	111Q2	113Q2	113Q2	108Q2	109Q2	110Q2	111Q2	113Q2
			25%	25%	25%	25%			25%	25%	25%	25%	
臺北分區	0.37037	0.32997	0.32870	0.33135	0.33269	0.32715	0.36633	0.92371	0.91529	0.93036	0.92178	0.92740	0.33806
北區分區	0.16011	0.16228	0.16013	0.16034	0.16336	0.16528	0.16033	1.06726	1.07496	1.06372	1.06397	1.06639	0.17095
中區分區	0.17860	0.18624	0.18668	0.18572	0.18600	0.18654	0.17936	1.03019	1.04509	1.03305	1.02682	1.01578	0.18460
南區分區	0.12978	0.13891	0.13974	0.13966	0.13759	0.13866	0.13069	1.01872	1.02072	1.00926	1.02861	1.01630	0.13301
高屏分區	0.14114	0.15716	0.15920	0.15670	0.15523	0.15749	0.14274	1.08974	1.08452	1.08360	1.09526	1.09556	0.15540
東區分區	0.02000	0.02544	0.02555	0.02623	0.02513	0.02488	0.02055	0.87507	0.88277	0.87029	0.87400	0.87321	0.01798
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)113年第2季分區一般服務預算總額(BD1)=(D1) × 【 69% × 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)+31% × 西醫基層89年第2季投保分區申報醫療費用占率(S)】(加總後四捨五入至整數位)

臺北分區一般服務預算總額	= 32,615,073,557 × (69% × 0.33806(R)+ 31% × 0.32927(S)) = 10,936,978,953
北區分區一般服務預算總額	= 32,615,073,557 × (69% × 0.17095(R)+ 31% × 0.12511(S)) = 5,112,073,583
中區分區一般服務預算總額	= 32,615,073,557 × (69% × 0.18460(R)+ 31% × 0.18968(S)) = 6,072,104,796
南區分區一般服務預算總額	= 32,615,073,557 × (69% × 0.13301(R)+ 31% × 0.16769(S)) = 4,688,769,067
高屏分區一般服務預算總額	= 32,615,073,557 × (69% × 0.15540(R)+ 31% × 0.16279(S)) = 5,143,100,303
東區分區一般服務預算總額	= 32,615,073,557 × (69% × 0.01798(R)+ 31% × 0.02546(S)) = 662,046,855

總計

32,615,073,557

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/12/06

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁次：38

(三)調整查處追扣金額、強化基層照護能力及「開放表別」項目、因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用、因應長新冠照護衍生費、促進醫療服務診療項目支付衡平性及基層總額轉診型態調整費用後分區一般服務預算總額：

111年西醫基層總額六分區查處追扣金額，依六分區減列金額之50%列入113年六分區地區預算分配扣除項目。

113年六分區全年一般服務費用預算應減列之金額(K)如下：臺北分區—1,332,996元；北區分區—652,325元；中區分區—580,124元；南區分區—25,105,797元；高屏分區—3,380,655元；東區分區—230元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 111年各季預算占率(Ra)(註1)		0.24902692	0.24958349	0.24286582	0.25852377	1
		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(加總BD1)
2. 分區一般服務預算總額(BD1)	臺北分區	10,907,299,995	10,936,978,953	0	0	21,844,278,948
	北區分區	5,074,890,377	5,112,073,583	0	0	10,186,963,960
	中區分區	6,163,794,895	6,072,104,796	0	0	12,235,899,691
	南區分區	4,684,831,713	4,688,769,067	0	0	9,373,600,780
	高屏分區	5,176,800,567	5,143,100,303	0	0	10,319,900,870
	東區分區	648,578,171	662,046,855	0	0	1,310,625,026
	小計	32,656,195,718	32,615,073,557	0	0	65,271,269,275
		(BK_q1)	(BK_q2)	(BK_q3)	(BK_q4)	(加總BK)
3. 各分區應減列查處追扣金額	臺北分區	331,952	332,694	323,739	344,611	1,332,996
(BK)=各分區(應減列金額K)×111年	北區分區	162,446	162,810	158,427	168,642	652,325
各季預算占率(Ra)	中區分區	144,466	144,789	140,892	149,977	580,124
	南區分區	6,252,019	6,265,992	6,097,340	6,490,446	25,105,797
	高屏分區	841,874	843,756	821,046	873,979	3,380,655
	東區分區	57	57	56	60	230
	小計(KS)	7,732,814	7,750,098	7,541,500	8,027,715	31,052,127

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/12/06

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁次： 39

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
4. 111年各分區預算占率(Ba) (註2)	臺北分區	0.33116570	0.33325240	0.33170083	0.33239959	
	北區分區	0.15444583	0.15609369	0.15663910	0.15645657	
	中區分區	0.19031648	0.18823242	0.18779559	0.18665150	
	南區分區	0.14462890	0.14444801	0.14365282	0.14401497	
	高屏分區	0.15909638	0.15723512	0.15952127	0.16027026	
	東區分區	0.02034671	0.02073836	0.02069039	0.02020711	
	小計	1.00000000	1.00000000	1.00000000	1.00000000	
5. 各分區應回補查處追扣金額 (BL)=加總各分區各季應減列金額 (KS)×111年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	2,560,843	2,582,739	2,501,522	2,668,409	10,313,513
	北區分區	1,194,301	1,209,741	1,181,294	1,255,989	4,841,325
	中區分區	1,471,682	1,458,820	1,416,260	1,498,385	5,845,147
	南區分區	1,118,388	1,119,486	1,083,358	1,156,111	4,477,343
	高屏分區	1,230,263	1,218,588	1,203,030	1,286,604	4,938,485
	東區分區	157,337	160,724	156,036	162,217	636,314
	小計	7,732,814	7,750,098	7,541,500	8,027,715	31,052,127
6. 調整查處追扣金額後分區一般服務 預算總額(BD2)=BD1-BK+BL		(BD2_q1)	(BD2_q2)	(BD2_q3)	(BD2_q4)	(加總BD2)
	臺北分區	10,909,528,886	10,939,228,998	0	0	21,848,757,884
	北區分區	5,075,922,232	5,113,120,514	0	0	10,189,042,746
	中區分區	6,165,122,111	6,073,418,827	0	0	12,238,540,938
	南區分區	4,679,698,082	4,683,622,561	0	0	9,363,320,643
	高屏分區	5,177,188,956	5,143,475,135	0	0	10,320,664,091
	東區分區	648,735,451	662,207,522	0	0	1,310,942,973
小計	32,656,195,718	32,615,073,557	0	0	65,271,269,275	

## 衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/12/06

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁次：40

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BW_q1)	(BW_q2)	(BW_q3)	(BW_q4)	(加總BW)
7. 各分區強化基層照護能力及「開放表別」實際影響金額 (1元/點×BW)(註3)	臺北分區	95,788,215	85,977,471	0	0	181,765,686
	北區分區	57,944,688	52,539,205	0	0	110,483,893
	中區分區	70,545,079	66,676,536	0	0	137,221,615
	南區分區	49,379,984	52,662,728	0	0	102,042,712
	高屏分區	41,498,925	43,847,351	0	0	85,346,276
	東區分區	4,540,774	4,042,951	0	0	8,583,725
	小計	319,697,665	305,746,242	0	0	625,443,907
		(BD3_q1)	(BD3_q2)	(BD3_q3)	(BD3_q4)	(加總BD3)
8. 調整強化基層照護能力及「開放表別」後分區一般服務預算 總額(BD3)=BD2+BW	臺北分區	11,005,317,101	11,025,206,469	0	0	22,030,523,570
	北區分區	5,133,866,920	5,165,659,719	0	0	10,299,526,639
	中區分區	6,235,667,190	6,140,095,363	0	0	12,375,762,553
	南區分區	4,729,078,066	4,736,285,289	0	0	9,465,363,355
	高屏分區	5,218,687,881	5,187,322,486	0	0	10,406,010,367
	東區分區	653,276,225	666,250,473	0	0	1,319,526,698
	小計	32,975,893,383	32,920,819,799	0	0	65,896,713,182
		(BX_q1)	(BX_q2)	(BX_q3)	(BX_q4)	(加總BX)
9. 各分區「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」(BX=1元/點×BQ)(註3)	臺北分區	133,943	117,987	0	0	251,930
	北區分區	42,384	48,970	0	0	91,354
	中區分區	83,950	98,919	0	0	182,869
	南區分區	89,499	81,569	0	0	171,068
	高屏分區	114,682	114,246	0	0	228,928
	東區分區	7,238	6,744	0	0	13,982
	小計	471,696	468,435	0	0	940,131

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/12/06

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁次： 41

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BD4_q1)	(BD4_q2)	(BD4_q3)	(BD4_q4)	(加總BD4)
10. 調整「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」後分區一般服務預算總額(BD4)=BD3+BX	臺北分區	11,005,451,044	11,025,324,456	0	0	22,030,775,500
	北區分區	5,133,909,304	5,165,708,689	0	0	10,299,617,993
	中區分區	6,235,751,140	6,140,194,282	0	0	12,375,945,422
	南區分區	4,729,167,565	4,736,366,858	0	0	9,465,534,423
	高屏分區	5,218,802,563	5,187,436,732	0	0	10,406,239,295
	東區分區	653,283,463	666,257,217	0	0	1,319,540,680
	小計	32,976,365,079	32,921,288,234	0	0	65,897,653,313
11. 各分區「因應長新冠照護衍生費用」(BR1=1元/點×BR)(註3)	臺北分區	83,921,270	82,599,963	0	0	166,521,233
	北區分區	50,507,062	45,595,686	0	0	96,102,748
	中區分區	54,273,621	44,512,264	0	0	98,785,885
	南區分區	31,947,290	40,590,758	0	0	72,538,048
	高屏分區	46,544,969	60,863,443	0	0	107,408,412
	東區分區	3,809,118	3,953,562	0	0	7,762,680
	小計	271,003,330	278,115,676	0	0	549,119,006

## 衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/12/06

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁次：42

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BR2_q1)	(BR2_q2)	(BR2_q3)	(BR2_q4)	(加總BR2)
12. 各分區「因應長新冠照護衍生費用」之比例 (BR2)=BR1/加總BR1(註3)	臺北分區	30.966878%	29.699859%	0.000000%	0.000000%	
	北區分區	18.637063%	16.394504%	0.000000%	0.000000%	
	中區分區	20.026920%	16.004946%	0.000000%	0.000000%	
	南區分區	11.788523%	14.594919%	0.000000%	0.000000%	
	高屏分區	17.175054%	21.884219%	0.000000%	0.000000%	
	東區分區	1.405562%	1.421553%	0.000000%	0.000000%	
	小計	100.000000%	100.000000%	0.000000%	0.000000%	
13. 「因應長新冠照護衍生費用」預算 (BR3)		2,500,000	2,500,000	0	0	5,000,000
		(BR_q1)	(BR_q2)	(BR_q3)	(BR_q4)	(加總BR)
14. 調整「因應長新冠照護衍生費用」 (BR)=BR2 ×BR3	臺北分區	774,172	742,496	0	0	1,516,668
	北區分區	465,927	409,863	0	0	875,790
	中區分區	500,673	400,124	0	0	900,797
	南區分區	294,713	364,873	0	0	659,586
	高屏分區	429,376	547,105	0	0	976,481
	東區分區	35,139	35,539	0	0	70,678
	小計	2,500,000	2,500,000	0	0	5,000,000
		(BD5_q1)	(BD5_q2)	(BD5_q3)	(BD5_q4)	(加總BD5)
15. 各分區「因應長新冠照護衍生費用」後分區一般服務預算總額 (BD5)=BD4+BR	臺北分區	11,006,225,216	11,026,066,952	0	0	22,032,292,168
	北區分區	5,134,375,231	5,166,118,552	0	0	10,300,493,783
	中區分區	6,236,251,813	6,140,594,406	0	0	12,376,846,219
	南區分區	4,729,462,278	4,736,731,731	0	0	9,466,194,009
	高屏分區	5,219,231,939	5,187,983,837	0	0	10,407,215,776
	東區分區	653,318,602	666,292,756	0	0	1,319,611,358
	小計	32,978,865,079	32,923,788,234	0	0	65,902,653,313

## 衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/12/06

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁次：43

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BT_q1)	(BT_q2)	(BT_q3)	(BT_q4)	(加總BT)
16. 各分區「促進醫療服務診療項目 支付衡平性」(含醫療器材使用規 範修訂之補貼)(BU=1元/點×BT) (註3)	臺北分區	26,992,801	26,694,569	0	0	53,687,370
	北區分區	11,113,695	11,425,208	0	0	22,538,903
	中區分區	10,210,552	11,464,652	0	0	21,675,204
	南區分區	11,519,248	12,597,616	0	0	24,116,864
	高屏分區	5,307,183	5,605,380	0	0	10,912,563
	東區分區	218,634	260,946	0	0	479,580
	小計	65,362,113	68,048,371	0	0	133,410,484
		(BD6_q1)	(BD6_q2)	(BD6_q3)	(BD6_q4)	(加總BD6)
17. 各分區「促進醫療服務診療項目 支付衡平性(含醫療器材使用規範 修訂之補貼)後分區一般服務預算 總額(BD6)=BD5+BU	臺北分區	11,033,218,017	11,052,761,521	0	0	22,085,979,538
	北區分區	5,145,488,926	5,177,543,760	0	0	10,323,032,686
	中區分區	6,246,462,365	6,152,059,058	0	0	12,398,521,423
	南區分區	4,740,981,526	4,749,329,347	0	0	9,490,310,873
	高屏分區	5,224,539,122	5,193,589,217	0	0	10,418,128,339
	東區分區	653,537,236	666,553,702	0	0	1,320,090,938
	小計	33,044,227,192	32,991,836,605	0	0	66,036,063,797
		(BZ_q1)	(BZ_q2)	(BZ_q3)	(BZ_q4)	(加總BZ)
18. 各分區「基層總額轉診型態調整 費用」(BZ1=1元/點×KC)(註4)	臺北分區	36,399,233	36,445,698	0	0	72,844,931
	北區分區	24,571,973	24,178,939	0	0	48,750,912
	中區分區	27,185,148	26,991,242	0	0	54,176,390
	南區分區	27,842,700	28,725,226	0	0	56,567,926
	高屏分區	22,668,850	21,376,712	0	0	44,045,562
	東區分區	2,704,721	2,505,733	0	0	5,210,454
	小計	141,372,625	140,223,550	0	0	281,596,175

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/12/06

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁次： 44

項目	分區	第1季 (BD7_q1)	第2季 (BD7_q2)	第3季 (BD7_q3)	第4季 (BD7_q4)	合計 (加總BD7)
19. 調整「基層總額轉診型態調整費用」後分區一般服務預算總額 (BD7)=BD6+BZ	臺北分區	11,069,617,250	11,089,207,219	0	0	22,158,824,469
	北區分區	5,170,060,899	5,201,722,699	0	0	10,371,783,598
	中區分區	6,273,647,513	6,179,050,300	0	0	12,452,697,813
	南區分區	4,768,824,226	4,778,054,573	0	0	9,546,878,799
	高屏分區	5,247,207,972	5,214,965,929	0	0	10,462,173,901
	東區分區	656,241,957	669,059,435	0	0	1,325,301,392
	小計	33,185,599,817	33,132,060,155	0	0	66,317,659,972
20. 各分區「因應基層照護人力需求，提高1~30人次診察費」 (BS=1元/點×BS)(註5)	臺北分區	54,990,684	44,189,052	0	0	99,179,736
	北區分區	26,611,728	20,807,316	0	0	47,419,044
	中區分區	33,802,740	26,239,524	0	0	60,042,264
	南區分區	26,344,236	22,110,216	0	0	48,454,452
	高屏分區	32,112,408	26,254,380	0	0	58,366,788
	東區分區	2,839,044	2,220,360	0	0	5,059,404
	小計	176,700,840	141,820,848	0	0	318,521,688
21. 調整「因應基層照護人力需求，提高1~30人次診察費」後分區一般服務預算總額 (BD8)=BD7+BS	臺北分區	11,124,607,934	11,133,396,271	0	0	22,258,004,205
	北區分區	5,196,672,627	5,222,530,015	0	0	10,419,202,642
	中區分區	6,307,450,253	6,205,289,824	0	0	12,512,740,077
	南區分區	4,795,168,462	4,800,164,789	0	0	9,595,333,251
	高屏分區	5,279,320,380	5,241,220,309	0	0	10,520,540,689
	東區分區	659,081,001	671,279,795	0	0	1,330,360,796
	小計	33,362,300,657	33,273,881,003	0	0	66,636,181,660

註：

1. 113年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式，依據112年12月7日西醫基層總額研商議事會議112年第3次會議決議辦理。111年各季預算占率(Ra)係指調整查處追扣金額後，不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算占率。
2. 111年各分區預算占率(Ba)係指調整查處追扣金額後，不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算占率。
3. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以：
  - (1) 強化基層照護能力及「開放表別」項目，依實際執行扣除原基期之點數，併入一般服務費用結算。
  - (2) 「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」依實際執行併入一般服務費用結算。
  - (3) 「因應長新冠照護衍生費用」本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。
  - (4) 「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務費用結算。
4. 依據113年1月11日西醫基層總額研商議事會議113年第1次臨時會議決議，「基層總額轉診型態調整費用」之預算同意依113年總額協商協定事項，優先用於支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」，轉診成功案件之邏輯同112年方式辦理，依各分區實際影響之點數，以每點1元併入一般預算結算。若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區補助總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。
5. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」及113年3月20日健保醫字第1130105206號公告新增「113年度全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案」辦理。

## 四、一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季投保 分區浮動點值	核定浮動點數×前季 投保分區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	7,583,817,427(BF)	0.82476310	-----	2,550,676,773	427,773
	2-北區分區	768,454,975	0.82476310	633,793,307	282,238,350	
	3-中區分區	449,232,382	0.82476310	370,510,292	161,267,923	
	4-南區分區	293,277,495	0.82476310	241,884,456	112,648,033	
	5-高屏分區	374,363,891	0.82476310	308,761,523	142,590,728	
	6-東區分區	43,856,942	0.82476310	36,171,587	21,794,249	
	7-合計	9,513,003,112(GF)		1,591,121,165(AF)	3,271,216,056(BG)	427,773(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	468,089,741	0.86562140	405,188,497	163,119,914	
	2-北區分區	3,263,503,999(BF)	0.86562140	-----	1,273,250,131	528,513
	3-中區分區	195,258,587	0.86562140	169,020,011	73,858,965	
	4-南區分區	141,021,467	0.86562140	122,071,200	51,383,143	
	5-高屏分區	82,074,624	0.86562140	71,045,551	32,715,519	
	6-東區分區	11,080,770	0.86562140	9,591,752	6,049,132	
	7-合計	4,161,029,188(GF)		776,917,011(AF)	1,600,376,804(BG)	528,513(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	145,429,061	0.89752231	130,525,827	50,421,267	
	2-北區分區	97,433,438	0.89752231	87,448,684	38,245,150	
	3-中區分區	4,396,073,315(BF)	0.89752231	-----	1,707,293,259	566,415
	4-南區分區	108,881,192	0.89752231	97,723,299	42,000,469	
	5-高屏分區	67,631,607	0.89752231	60,700,876	27,606,553	
	6-東區分區	6,720,264	0.89752231	6,031,587	3,788,893	
	7-合計	4,822,168,877(GF)		382,430,273(AF)	1,869,355,591(BG)	566,415(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/12/06

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁次： 47

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季投保 分區浮動點值	核定浮動點數×前季 投保分區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	134,347,470	0.92494838	124,264,475	48,938,260	
	2-北區分區	59,640,791	0.92494838	55,164,653	24,279,406	
	3-中區分區	130,329,388	0.92494838	120,547,956	50,944,123	
	4-南區分區	3,076,577,390(BF)	0.92494838	-----	1,291,153,119	709,212
	5-高屏分區	157,988,631	0.92494838	146,131,328	66,996,570	
	6-東區分區	5,507,755	0.92494838	5,094,389	2,983,479	
	7-合計	3,564,391,425(GF)		451,202,801(AF)	1,485,294,957(BG)	709,212(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	86,474,714	0.89385728	77,296,053	30,666,277	
	2-北區分區	44,987,003	0.89385728	40,211,960	16,721,785	
	3-中區分區	71,275,949	0.89385728	63,710,526	28,073,061	
	4-南區分區	160,447,072	0.89385728	143,416,783	66,294,784	
	5-高屏分區	3,592,805,893(BF)	0.89385728	-----	1,549,139,105	205,772
	6-東區分區	9,685,864	0.89385728	8,657,780	4,436,068	
	7-合計	3,965,676,495(GF)		333,293,102(AF)	1,695,331,080(BG)	205,772(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	32,326,253	1.05160050	33,994,304	11,943,268	
	2-北區分區	13,352,695	1.05160050	14,041,701	6,332,553	
	3-中區分區	10,725,881	1.05160050	11,279,342	4,462,120	
	4-南區分區	13,312,870	1.05160050	13,999,821	2,938,732	
	5-高屏分區	12,887,634	1.05160050	13,552,642	5,651,911	
	6-東區分區	362,253,427(BF)	1.05160050	-----	193,552,683	92,320
	7-合計	444,858,760(GF)		86,867,810(AF)	224,881,267(BG)	92,320(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/12/06

113年第2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁次：48

五、估算臺北區以外五分區一般服務預算總額浮動點值之計算(不含「該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)

1. 一般服務分區浮動每點支付金額 = [分區一般服務預算總額(BD8)  
 - 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季投保分區浮動點值(AF)  
 - (投保該分區核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議) - 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]  
 / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區 = [ 11,133,396,271 - 1,591,121,165 - ( 3,271,216,056 - 12,410,402) - 427,773 ] / 7,583,817,427 = 0.82848008  
 北區分區 = [ 5,222,530,015 - 776,917,011 - ( 1,600,376,804 - 10,022,626) - 528,513 ] / 3,263,503,999 = 0.87474393(點值排序:5)  
 中區分區 = [ 6,205,289,824 - 382,430,273 - ( 1,869,355,591 - 6,346,016) - 566,415 ] / 4,396,073,315 = 0.90064093(點值排序:3)  
 南區分區 = [ 4,800,164,789 - 451,202,801 - ( 1,485,294,957 - 6,099,873) - 709,212 ] / 3,076,577,390 = 0.93254852(點值排序:2)  
 高屏分區 = [ 5,241,220,309 - 333,293,102 - ( 1,695,331,080 - 9,929,131) - 205,772 ] / 3,592,805,893 = 0.89688104(點值排序:4)  
 東區分區 = [ 671,279,795 - 86,867,810 - ( 224,881,267 - 1,842,537) - 92,320 ] / 362,253,427 = 0.99731544(點值排序:1)

2. 五分區一般服務浮動每點支付金額 = 加總五分區[一般服務預算總額(BD8)  
 - (核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議)  
 - 自墊核退點數(BJ)] / 五分區加總一般服務浮動核定點數(GF)  
 = [ 22,140,484,732 - ( 6,875,239,699 - 34,240,183) - 2,102,232 ] / 16,958,124,745 = 0.90206808(P)

3. 撥補保障東區至每點1元之預算 = 1 × 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)  
 + 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季投保分區浮動點值(AF)  
 + 投保該分區核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 當地就醫分區自墊核退點數(BJ) - 分區一般服務預算總額(BD8)  
 = 972,492

4. R值占率前進而減少預算分區之減少費用

分區	113年第2季 R值前進1% 各分區預算	113年第2季 原R值占率(68%) 分配各分區預算	R值占率前進 而減少預算分區 之減少費用
	R_DOT1=(BD1)	R_DOT2= D1×(68%×R +32%×S)	R_DOT= R_DOT2- R_DOT1
臺北分區	10,936,978,953	10,934,112,088	-
北區分區	5,112,073,583	5,097,122,834	0
中區分區	6,072,104,796	6,073,761,642	1,656,846
南區分區	4,688,769,067	4,700,079,974	11,310,907
高屏分區	5,143,100,303	5,145,510,557	2,410,254
東區分區	662,046,855	664,486,462	2,439,607
合計	32,615,073,557	32,615,073,557	17,817,614

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/12/06

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁次： 49

5. 風險調整移撥款撥補臺北區、保障東區浮動點值不低於每點1元及因R值占率前進而減少預算之分區

分區	分區 一般服務 預算總額	當季風險調整 移撥款撥補 臺北區之預算	當季風險調整 移撥款 (其他五分區) 地區之預算	撥補保障 東區至每點 1元之預算	撥補因R值占率 前進而減少預算 分區之預算	風險調整移 撥款撥補後 分區一般服務 預算	5分區風險調整 移撥款撥補後一 般服務預算占率	風險調整移撥款 撥補後四分區 估算浮動點值
	(BD8)	(F2)	(F3) (註1)	(F4) (註2)	(F5)= R_DOT (註2)	(BD9)=(BD8) +(F2)+(F4)+(F5)	(F9)	(Z2)
臺北	11,133,396,271	74,612,184		-	-	11,208,008,455	-	0.83831842
北區	5,222,530,015			-	0	5,222,530,015	23.568145%	0.87474393 (點值排序：4)
中區	6,205,289,824			-	1,656,846	6,206,946,670	28.010604%	0.90101782 (點值排序：2)
南區	4,800,164,789			-	11,310,907	4,811,475,696	21.713146%	0.93622498 (點值排序：1)
高屏	5,241,220,309			-	2,410,254	5,243,630,563	23.663367%	0.89755190 (點值排序：3)
東區	671,279,795			972,492	2,439,607	674,691,894	3.044738%	1.00673453
合計	33,273,881,003	74,612,184	74,612,184	972,492	17,817,614	33,367,283,293	100.000000%	

分區	當季風險調整 移撥款撥補點值 落後地區之預算	依排序占率撥補點 值落後地區撥補比 率至點值落後地區	依排序占率調整 移撥款後分區一 般服務預算總額	依排序占率移撥 後一般服務浮動 每點支付金額	調整後依排序占率 移撥後一般服務浮 動每點支付金額	調整後依排序占率 移撥款後分區一般 服務預算總額	調整後一般服務預算 風險移撥款剩餘款
	(F6) =加總F3-加總F4 -加總F5	(F7)	(BD10) =(BD9)+F7	Z3	Z4	(BD11) (註3)	(F8)=(BD10)- (BD11)
臺北			11,208,008,455			11,208,008,455	0
北區		39,075,455	5,261,605,470	0.88671740(點值排序：4)	0.88671740(點值排序：4)	5,261,605,470	0
中區		0	6,206,946,670	0.90101782(點值排序：3)	0.90101782(點值排序：2)	6,206,946,670	0
南區		0	4,811,475,696	0.93622498(點值排序：1)	0.93622498(點值排序：1)	4,811,475,696	0
高屏		16,746,623	5,260,377,186	0.90221305(點值排序：2)	0.90101782(點值排序：2)	5,256,082,956	4,294,230
東區			674,691,894			674,691,894	0
合計	55,822,078	55,822,078	33,423,105,371			33,418,811,141	4,294,230(F10)

分區	依5分區移撥後占率 分配預算	再調整後各分區一般 務預算總額
	(F11)=(F10)×(F9)	(BD12)=(BD11)+(F11)
臺北	-	11,208,008,455
北區	1,012,070	5,262,617,540
中區	1,202,840	6,208,149,510
南區	932,412	4,812,408,108
高屏	1,016,159	5,257,099,115
東區	130,749	674,822,643
合計	4,294,230	33,423,105,371

註：

- 依據112年12月7日西醫基層總額研商議事會議112年第3次會議決議，全年提撥風險調整移撥款6億元。並依113年西醫基層總額四季預算占率提列。
- 提撥3億元撥補臺北區，另3億元撥補5分區(不含臺北區)的順序如下：
  - (1)保障東區浮動點值不低於每點1元(不含新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用)。
  - (2)撥補因R值占率前進而減少預算分區之減少費用(不含臺北區)：係採一般服務總預算計算(不含風險移撥款6億元)，估算減少地區之費用，進行該區預算回補。
  - (3)4分區(不含臺北區、東區)一般服務費用(不含新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用，含查處追扣金額、強化基層照護能力開放表別項目等專款、其他部門「基層總額轉診型態調整費用」及藥品給付協議)估算浮動點值後進行排序及風險調整移撥款作業。
  - (4)點值排序第3名及第4名點值小於每點1元者。點值排序第3名撥補30%，點值排序第4名撥補70%。若點值落後地區如僅有一分區，仍維持前開撥補比率。撥補前與撥補後點值排序不變，若撥補後影響點值排序，則受撥補分區最高補至與原點值排序前一名之分區原浮動點值。
  - (5)若還有剩餘或未動用之移撥款，則當季依5分區(不含臺北區)移撥後(撥補因R值占率前進而減少預算分區之減少費用後)之預算(不含違規查處、專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算)占率攤分。
- 調整後依排序占率移撥款後分區一般服務預算總額(BD11)=調整後依排序占率移撥後一般服務浮動每點支付金額(Z4)×浮動點數+[投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數×前季投保分區浮動點值(AF)]+(投保該分區核定非浮動點數(BG)-藥品給付協議)+當地就醫分區自墊核退點數(BJ)

## 六、調整後一般服務預算總額浮動點值之計算(含「該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)

$$1. \text{一般服務分區浮動每點支付金額} = [\text{風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD12)} + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} \\ - \text{投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數} \times \text{前季投保分區浮動點值(AF)} \\ - (\text{投保該分區核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議}) - \text{當地就醫分區自墊核退點數(BJ)}] \\ / \text{投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)}$$

臺北分區=[ 11,208,008,455+	512,946-	1,591,121,165-(	3,271,216,056-	12,410,402)-	427,773]/	7,583,817,427=	0.83838606
北區分區=[ 5,262,617,540+	3,790,400-	776,917,011-(	1,600,376,804-	10,022,626)-	528,513]/	3,263,503,999=	0.88818896
中區分區=[ 6,208,149,510+	1,885,494-	382,430,273-(	1,869,355,591-	6,346,016)-	566,415]/	4,396,073,315=	0.90172034
南區分區=[ 4,812,408,108+	11,196,722-	451,202,801-(	1,485,294,957-	6,099,873)-	709,212]/	3,076,577,390=	0.94016739
高屏分區=[ 5,257,099,115+	6,172,556-	333,293,102-(	1,695,331,080-	9,929,131)-	205,772]/	3,592,805,893=	0.90301868
東區分區=[ 674,822,643+	18,818,370-	86,867,810-(	224,881,267-	1,842,537)-	92,320]/	362,253,427=	1.05904354

$$2. \text{一般服務全區浮動每點支付金額} = \text{加總}[\text{風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD12)} \\ + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} \\ - (\text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議}) \\ - \text{自墊核退點數(BJ)}]$$

$$/ \text{加總一般服務浮動核定點數(GF)} \\ = [ 33,423,105,371 + 42,376,488 - ( 10,146,455,755 - 46,650,585) - 2,530,005 ] / 26,471,127,857 = 0.88258977$$

註：藥品給付協議回數金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

$$3. \text{一般服務分區平均點值} = [\text{風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD12)} \\ + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用}] \\ \div [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議} + \text{自墊核退點數(BJ)}]$$

臺北分區	= [ 11,208,008,455 + 512,946 ] / [ 9,513,003,112 + 3,271,216,056 - 12,410,402 + 427,773 ] = 0.87756920
北區分區	= [ 5,262,617,540 + 3,790,400 ] / [ 4,161,029,188 + 1,600,376,804 - 10,022,626 + 528,513 ] = 0.91559260
中區分區	= [ 6,208,149,510 + 1,885,494 ] / [ 4,822,168,877 + 1,869,355,591 - 6,346,016 + 566,415 ] = 0.92884714
南區分區	= [ 4,812,408,108 + 11,196,722 ] / [ 3,564,391,425 + 1,485,294,957 - 6,099,873 + 709,212 ] = 0.95624941
高屏分區	= [ 5,257,099,115 + 6,172,556 ] / [ 3,965,676,495 + 1,695,331,080 - 9,929,131 + 205,772 ] = 0.93134082
東區分區	= [ 674,822,643 + 18,818,370 ] / [ 444,858,760 + 224,881,267 - 1,842,537 + 92,320 ] = 1.03840059

$$4. \text{一般服務全區平均點值} = [ 33,423,105,371 + 42,376,488 ] / [ 26,471,127,857 + 10,146,455,755 - 46,650,585 + 2,530,005 ] = 0.91502087$$

$$5. \text{西醫基層醫療給付費用總額平均點值} = \text{加總} [ \text{風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD12)} \\ + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} + \text{專款專用暫結金額(註)} ] \\ \div \text{加總分區} [ \text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議} \\ + \text{自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數(不含品質保證保留款)} ]$$

臺北分區	= [ 11,208,008,455 + 512,946 + 346,522,132 ] / [ 9,513,003,112 + 3,271,216,056 - 12,410,402 + 427,773 + 330,374,670 ] = 0.88188861
北區分區	= [ 5,262,617,540 + 3,790,400 + 201,404,372 ] / [ 4,161,029,188 + 1,600,376,804 - 10,022,626 + 528,513 + 193,038,529 ] = 0.91974061
中區分區	= [ 6,208,149,510 + 1,885,494 + 274,574,030 ] / [ 4,822,168,877 + 1,869,355,591 - 6,346,016 + 566,415 + 261,913,736 ] = 0.93335171
南區分區	= [ 4,812,408,108 + 11,196,722 + 202,642,809 ] / [ 3,564,391,425 + 1,485,294,957 - 6,099,873 + 709,212 + 193,598,999 ] = 0.95959310
高屏分區	= [ 5,257,099,115 + 6,172,556 + 203,715,829 ] / [ 3,965,676,495 + 1,695,331,080 - 9,929,131 + 205,772 + 191,698,620 ] = 0.93565010
東區分區	= [ 674,822,643 + 18,818,370 + 32,893,363 ] / [ 444,858,760 + 224,881,267 - 1,842,537 + 92,320 + 31,503,850 ] = 1.03865756
全區	= [ 33,423,105,371 + 42,376,488 + 1,261,752,535 ] / [ 26,471,127,857 + 10,146,455,755 - 46,650,585 + 2,530,005 + 1,202,128,404 ] = 0.91930353

註：

$$1. \text{專款專用暫結金額} = \text{C型肝炎藥費暫結金額} + \text{家庭醫師整合性照護計畫暫結金額} \\ + \text{醫療資源不足地區改善方案暫結金額} + \text{醫療給付改善方案暫結金額} \\ + \text{鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額} + \text{罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材} + \text{後天免疫缺乏病毒治療藥費} \\ + \text{網路頻寬補助費用} + \text{基層診所產婦生產補助試辦計畫} \\ + \text{代謝症候群防治計畫暫結金額} + \text{提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫暫結金額} \\ + \text{精神科長效針劑藥費暫結金額} + \text{癌症治療品質改善計畫} + \text{慢性傳染病照護品質計畫} + \text{品質保證保留款預算} \\ = 98,001,537 + 659,813,151 + 79,275,000 + 166,890,377 + 42,141,100 + 405,116 + 4,837,080 \\ + 56,190,799 + 9,575,970 + 69,720,100 + 1,302,000 + 9,750,365 + 1,493,500 + 4,596,967 + 57,759,474 \\ = 1,261,752,536$$

2. C型肝炎用藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。

3. 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。

4. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 113年品質保證保留款預算 / 4

\*當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算

= (106年各季預算 + 113年各季預算) × 前一年品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/12/06

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04—113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 53

=====

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月113/03(含)以前:於113/07/01~113/09/30期間核付者。

費用年月113/04~113/06:於113/04/01~113/09/30期間核付者。

2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。